

RELATÓRIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE SUPLEMENTAR

O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico, com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 2.217/2018).

DATA DE EMISSÃO DO RELATÓRIO: ___/___/___

01. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1.1. Nome do médico:

1.2. Número de registro no CRM/CIRCUNSCRIÇÃO:

1.3. Especialidades:

02. QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

2.1. Nome do paciente:

2.2. Data de nascimento:

2.3. CPF (se tiver):

2.4. Sexo: () F ()

03. OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE

3.1. Nome da operadora:

3.2. Tipo de acomodação: individual () enfermaria ()

3.3. Houve recusa de atendimento pela operadora: Sim () Não ()

Escrita/verbal _____ Data ___/___/___

3.4. Qual a justificativa pela recusa de atendimento:

04. DESCRIÇÃO DA(S) ENFERMIDADE(S) DO PACIENTE

Enfermidade(s)	Código (CID)

04.1. Descrever o estado clínico do paciente:

Em caso de mais/outras comorbidades, utilizar o anexo I.

PREENCHER OS FORMULÁRIOS COM A DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO E AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

FORMULÁRIO 05 - PARA MEDICAMENTO(S)

FORMULÁRIO 06 - PARA PRODUTO(S)

FORMULÁRIO 07 - PARA SERVIÇO(S) DE ATENDIMENTO MÉDICO

FORMULÁRIO 08 - PARA PROCEDIMENTO(S) E/OU TERAPIA(S)

O presente relatório médico foi aprovado em deliberação do Comitê Estadual de Saúde de Minas Gerais realizada no dia 09 de setembro/2020. O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão entre todos os membros do Comitê e com prévia colheita de sugestões ao Conselho Regional de Medicina – CRM/MG, ao Conselho Regional de Farmácia – CRF/MG e ao Conselho Regional de Odontologia – CRO/MG. Sua elaboração decorreu da constatação das dificuldades dos operadores jurídicos em compreender a técnica médica e da necessidade de instruir as demandas judiciais com informações acerca da imprescindibilidade, eficácia, eficiência, efetividade e segurança dos produtos e serviços de saúde a que se pretende ter acesso, possibilitando ainda uma melhor qualificação técnica das decisões judiciais.

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

05. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: Medicamento(s) indicado(s) ao paciente

Tratamento contínuo () temporário () pelo prazo de: _____

5.1. Descrição do(s) medicamento(s)

Posologia ou via de administração

Em caso de mais/outras medicamentos, utilizar o anexo I

5.2. INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O(S) MEDICAMENTO(S)

Trata(m)-se de medicamento(s) aprovado(s) pela ANVISA?

Sim () Não ()

Trata-se de prescrição off label? Sim () Não (). Caso positivo, justificar a prescrição off label:

Caso não aprovado(s) pela ANVISA:

I - o(s) medicamento(s) possui/possuem aprovação por órgão de controle estrangeiro?

Sim (). De qual país: _____. Não ().

II – Há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do medicamento?

() Sim. () Não. Se positivo, qual a evidência científica? (listar as referências de artigos científicos sobre o assunto).

O(s) medicamento(s), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do rol de procedimentos da ANS?

Sim () Não ()

Existe(m) outro(s) medicamento(s) com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar para tratamento do paciente?

Sim () Não ()

Qual(ais):

Em caso de afirmação do questionamento anterior, há justificativa para a prescrição do(s) medicamento(s) específico(s) diferenciado(s) em razão da condição peculiar do paciente?

Sim () Não ()

Antes de ser(m) prescrito(s) o(s) medicamento(s), foi/foram adotada(s) a(s) seguinte(s) medida(s) terapêutica(s):

5.3. INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DO(S) MEDICAMENTO(S)

O fornecimento do(s) medicamento(s) é imprescindível para o tratamento do paciente?

Sim () Não (). É de caráter urgente? Sim () Não ()

A ausência de fornecimento do(s) medicamento(s) receitado(s) poderá ocasionar quais consequências seguintes ao paciente:

- () Risco de morte
- () Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas
- () Grave comprometimento da saúde
- () Outras:

Descrever as outras possíveis consequências ao paciente:

A utilização do(s) medicamento(s) eliminará o perigo das consequências e/ou sequelas?

Sim () Não ()

Justificar:

Especificar outras informações importantes acerca da necessidade do medicamento(s):

Ass. e carimbo do(a) médico(a) _____

06. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: Produto(s) indicado(s) ao paciente (OPME, equipamentos, insumos e dieta nutricional)

Tratamento contínuo () temporário () pelo prazo de: _____

6.1. Descrição do(s) produto(s)	Quantidade/especificação

Em caso de mais/outras produtos, utilizar o anexo I

6.2. INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O(S) PRODUTO(S) – OPME, equipamentos, insumos e dieta nutricional

O(s) produto(s), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da ANS?

Sim () Não ()

Existe(m) outro(s) produto(s) com a mesma finalidade ou utilidade para tratamento ou melhora das condições de saúde ou bem estar do paciente?

Sim () Não ()

Qual(is):

Em caso de afirmação do questionamento anterior, há justificativa para a prescrição do(s) produto(s) específico(s) diferenciado(s) em razão da condição peculiar do paciente?

Sim () Não ()

Antes de ser(m) prescrito(s) o(s) produto(s), foi/foram adotada(s) a(s) seguinte(s) medida(s) terapêutica(s):

Não foi/foram prescrita(s) outra(s) medida(s) alternativas, em razão dos seguintes motivos:

6.3. INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DO(S) PRODUTO(S) – OPME, equipamentos, insumos e dieta nutricional

O fornecimento do(s) produto(s) é imprescindível para o tratamento do paciente?

Sim () Não (). É de caráter urgente? Sim () Não ()

A ausência de fornecimento do(s) produto(s) receitado(s) poderá ocasionar quais consequências seguintes ao paciente:

- () Risco de morte
- () Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas
- () Grave comprometimento da saúde
- () Outras:

Descrever as outras possíveis consequências ao paciente:

A utilização do(s) produto(s) eliminará o perigo das consequências e/ou sequelas?

Sim () Não ()

Justificar:

Especificar outras informações importantes acerca da necessidade do produto(s):

Ass. e carimbo do(a) médico(a) _____

07. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: Serviço(s) indicado(s) ao paciente

Tratamento contínuo () temporário () pelo prazo de: _____

7.1. Descrição do(s) Serviço(s)	Quantidade/especificação

Em caso de mais/outras serviços, utilizar o anexo I

7.2. INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O(S) SERVIÇO(S)

O(s) serviço(s), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da ANS?

Sim () Não ()

Existe(m) outro(s) serviço(s) com a mesma finalidade ou utilidade para tratamento ou melhora das condições de saúde ou bem estar do paciente?

Sim () Não ()

Qual(ais):

Em caso de afirmação do questionamento anterior, há justificativa para a prescrição do(s) serviço(s) específico(s) diferenciado(s) em razão da condição peculiar do paciente?

Sim () Não ()

Antes de ser(m) prescrito(s) o(s) serviço(s), foi/foram adotada(s) a(s) seguinte(s) medida(s) terapêutica(s):

Não foi/foram prescrita(s) outra(s) medida(s) alternativas, em razão dos seguintes motivos:

7.3. INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DO(S) SERVIÇO(S)

O fornecimento do(s) serviço(s) é imprescindível para o tratamento do paciente?

Sim () Não (). É de caráter urgente? Sim () Não ()

A ausência de fornecimento do(s) serviço(s) receitado(s) poderá ocasionar quais consequências seguintes ao paciente:

- () Risco de morte
- () Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas
- () Grave comprometimento da saúde
- () Outras:

Descrever as outras possíveis consequências ao paciente:

A utilização do(s) serviço(s) eliminará o perigo das consequências e/ou sequelas?

Sim () Não ()

Justificar:

Especificar outras informações importantes acerca da necessidade do(s) serviço(s):

Ass. e carimbo do(a) médico(a) _____

08. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: Procedimento(s) e/ou Terapia(s) indicado(s) ao paciente

Tratamento contínuo () temporário () pelo prazo de: _____

8.1. Descrição do(s) procedimento(s)/terapia(s)	Quantidade/especificação

Em caso de mais/outras procedimentos e/ou terapias, utilizar o anexo I

8.2. INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O(S) PROCEDIMENTO/TERAPIA(S)

Trata(m)-se de procedimento/terapia(s) aprovado(s) pela ANVISA ou órgão de controle nacional?
Sim () Não ()

Caso não aprovado(s) pela ANVISA:

I - o(s) procedimento/terapia(s) possui/possuem aprovação por órgão de controle estrangeiro?

Sim (). De qual país: _____. Não ().

II – Há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do(s) procedimento/terapia(s)?

() Sim. () Não.

Se positivo, qual a evidência científica? (listar as referências de artigos científicos sobre o assunto).

O(s) procedimento/terapia(s), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da ANS?

Sim () Não ()

Existe(em) outro(s) procedimento/terapia(s) com a mesma finalidade ou utilidade para tratamento ou melhora das condições de saúde ou bem estar do paciente?

Sim () Não ()

Qual(is)?:

Em caso de afirmação do questionamento anterior, há justificativa para a prescrição do(s)

procedimento/terapia(s) específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente?

Sim () Não ()

Antes de ser(m) prescrito(s) o(s) procedimento/terapia(s), foi/foram adotada(s) a(s) seguinte(s) medida(s) terapêutica(s):

Não foi/foram prescrita(s) outra(s) medida(s) alternativas, em razão dos seguintes motivos:

8.3. INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DO(S) PROCEDIMENTO(S) E/OU TERAPIA(S)

O fornecimento do(s) procedimento/terapia(s) é imprescindível para o tratamento do paciente?

Sim () Não (). É de caráter urgente? Sim () Não ()

A ausência de fornecimento do(s) procedimento/terapia(s) receitado(s) poderá ocasionar quais consequências seguintes ao paciente:

- () Risco de morte
- () Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas
- () Grave comprometimento da saúde
- () Outras:

Descrever as outras possíveis consequências ao paciente:

A utilização do(s) do procedimento/terapia(s) eliminará o perigo das consequências e/ou sequelas?

Sim () Não ()

Justificar:

Especificar outras informações importantes acerca da necessidade do procedimento/terapia(s):

Ass. e carimbo do(a) médico(a)

ANEXO I – DESCRIÇÕES COMPLEMENTARES – ITENS 4, 5, 6, 7 e 8

Enfermidades	Código (CID)
Medicamentos	Posologia ou via de administração
Produtos – OPME, Equipamento, Insumo e Dieta Nutricional	Quantidade/especificação
Serviços	Quantidade/especificação
Procedimentos/terapias	Quantidade/especificação